

JACSON J. DA ROSA KOERICH

**AMAMENTAÇÃO MATERNA: UM ESTUDO COM
NUTRIZES ATENTIDAS EM UMA MATERNIDADE DE
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.

FLORIANÓPOLIS

1999

JACSON J. DA ROSA KOERICH

**AMAMENTAÇÃO MATERNA: UM ESTUDO COM
NUTRIZES ATENTIDAS EM UMA MATERNIDADE DE
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina

Presidente do Colegiado do Curso de Medicina: Prof. Edson José Cardoso

Orientador: Dr. Carlos Gilberto Crippa

Co-Orientadora: Enfª Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

FLORIANÓPOLIS

1999

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois sem ele nada seria possível.

Aos meus orientadores, Dr. Carlos Gilberto Crippa e Enf^a Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, que , mesmo diante do ritmo frenético de suas vidas, desde o início buscaram tempo, oferecendo-me ajuda, incentivo, carinho e compreensão guiando meus passos na confecção deste trabalho.

Aos doutores(as) Ana Rosa Della Giustina, Afonso Márcio Batista da Silva, Marcos Leite, Marcus Renato, Paulo Freitas, e Antônio Carlos Marasciulo, que, direta ou indiretamente, contribuíram de modo significativo para que esse trabalho se realizasse.

Às pacientes que participaram desta pesquisa, revelando a intimidade de parte tão especial de suas vidas, em prol do desenvolvimento científico.

Às minhas amadas mãe (D. Nira) e irmã (Evi), que tornaram possível a realização do meu sonho de cursar a faculdade de Medicina, apoiando-me nos momentos de alegria, e compreendendo-me e dando-me incentivo nos momentos de angústia, estresse, e incertezas.

A minha querida namorada e “digitadora-chefe”(Karina) sem a contribuição da qual este trabalho não seria o mesmo.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....4

2. OBJETIVO.....7

3. MÉTODO.....8

4. RESULTADOS.....10

5. DISCUSSÃO.....24

6. CONCLUSÕES.....34

7. REFERÊNCIAS.....35

8. RESUMO.....41

SUMMARY

APÊNDICES

1. INTRODUÇÃO

A prática do aleitamento materno representa um avanço na qualidade de vida da mãe e do recém-nascido. Sua importância, há muito, parece ser reconhecida, visto que datam de 1.800 a.C. as primeiras descrições detalhadas sobre o assunto, documentadas no código de Hamurabi¹. Ao longo da história, atravessou períodos nos quais lhe foi atribuído maior ou menor grau de importância^{2,3}. Atualmente, sabe-se das muitas vantagens que tem o aleitamento materno para o binômio mãe-filho, sejam elas nutricionais⁴⁻²⁰, emocionais^{20,21}, imunológicas^{10,12-15,22-35}, econômicas³⁶⁻³⁸, bioquímicas^{20,31,38}, e até mesmo anticoncepcionais³⁹⁻⁴².

Apesar disso, a importância do aleitamento materno para a saúde da mulher e da criança parece, muitas vezes, não ser devidamente reconhecida pela população em geral. Muitas mulheres, principalmente aquelas que não são bem orientadas quanto ao assunto, ou não iniciam o aleitamento ao peito, ou usam das mais variadas “justificativas”, abandonando precocemente sua prática.

Muitos fatores parecem contribuir para que ocorra o desmame precoce, dentre eles a falta de orientação no pré-natal e na maternidade quando da internação por ocasião do parto, a falta de incentivo por parte do marido/companheiro, a “cultura da mamadeira” tão disseminada em nossa sociedade, intercorrências mamárias que dificultam o aleitamento, principalmente fissura mamilar, ingurgitamento mamário, mastite e abscesso mamário, dentre outros. As práticas e rotinas hospitalares, em sua grande maioria, são delineadas de forma a facilitar o trabalho da equipe de saúde, promovendo, por exemplo uma hora específica para a

mamada, o confinamento dos recém-nascidos em berçários, de onde só devem sair na hora de mamar, etc., práticas estas que dificultam a instalação e a continuidade de maneira natural do aleitamento materno.

Diante desse quadro, e tendo em vista os conhecidos benefícios da amamentação, algumas entidades têm lançado campanhas a fim de promover o aleitamento materno. No Brasil, a mobilização para resgatar a amamentação exclusiva até os seis meses de idade, consolidou-se em 1981 com a criação do PNIAM (Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno), coordenado pelo INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição)³. A nível mundial foi lançado em 1990, pelo UNICEF (Fundo da Nações Unidas para a Infância) e OMS (Organização Mundial de Saúde), a Iniciativa “Hospital Amigo da Criança”.

Naquele ano, o Brasil foi um dos 12 países escolhidos para dar início à Iniciativa, comprometendo-se de fazer do incentivo ao aleitamento materno uma realidade nos hospitais brasileiros. Visando promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, baseia-se em 10 passos para o sucesso da amamentação (Anexo 1). Objetiva o incentivo ao aleitamento materno, através da mobilização dos funcionários dos estabelecimentos de saúde para que eduquem as mulheres em relação ao aleitamento materno, e para que se modifiquem rotinas hospitalares que impeçam ou dificultem o início e a continuidade da amamentação, responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce.

Por todo o mundo já existem mais de 14.000 hospitais “Amigo da Criança” (UNICEF, 1998). No Brasil, já são 119 (UNICEF, 15/01/99). Em Santa Catarina, o primeiro hospital a receber o título foi a maternidade Catarina Kuss, de Mafra; o segundo, a Maternidade Darcy Vargas, de Joinville; o terceiro, em 1996, a Maternidade Carmela Dutra, de Florianópolis; a seguir a Maternidade Tereza Ramos, de Lages; em 1997, o Hospital Universitário da Universidade Federal de

Santa Catarina, de Florianópolis; e, em 1998, o Hospital Regional Lenoir Vargas Ferreira, de Chapecó.

Entre os passos a se seguir para se obter o título “Hospital Amigo da Criança”, inclui-se a prática da humanização do parto, colocando-se o recém-nascido em contato precoce com a mãe, ainda na sala de partos, para que se iniciem os laços entre mãe e filho e dessa maneira se facilite o início do aleitamento, e proporcionar alojamento conjunto para mães e bebês a fim de que não se distancie os mesmos, facilitando o aleitamento em livre demanda, não se estabelecendo horários protocolares para sua prática. O incentivo ao início da amamentação ainda na sala de partos ou durante a finalização de cesariana, e a orientação às mães para o uso de adequada técnica, têm contribuído para a diminuição da ocorrência de intercorrências mamárias.^{43,44} Isso vem a contribuir para a quebra do ciclo vicioso de complicações mamárias no aleitamento levando ao desmame precoce, que por sua vez também pode levar ao desencadeamento dessas mesmas complicações por não favorecer o adequado esgotamento de leite das mamas.

Na Maternidade Carmela Dutra, de Florianópolis, são amplamente desenvolvidas as atividades de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Tendo-se ciência de que vários fatores podem levar ao desmame precoce e, conseqüentemente, ao insucesso de todas as estratégias adotadas naquela Maternidade para a manutenção de um aleitamento materno exclusivo, e de qualidade, nos 6 primeiros meses de vida, justifica-se a realização de um trabalho para verificar as causas de desmame precoce referidas pelas pacientes que lá dão a luz, e a contribuição das intercorrências mamárias para a ocorrência do mesmo.

2. OBJETIVOS

Verificar a situação do aleitamento materno, em um grupo de nutrizes da Maternidade Carmela Dutra, de Florianópolis, avaliando:

1. a duração mediana do aleitamento materno na população estudada;
2. as 3 principais causas de desmame precoce referidas pela clientela;
3. o número total de casos de intercorrências mamárias ocorridas no período da amamentação;
4. dentre as causas referidas para o desmame precoce, o percentual de intercorrências mamárias.

3. MÉTODO

Realizou-se um estudo prospectivo, descritivo, longitudinal, com duzentos e cinquenta pacientes internadas nas enfermarias obstétricas da Maternidade Carmela Dutra, através do convênio SUS, no período de treze de setembro de mil novecentos e noventa e oito, a vinte e sete de outubro do mesmo ano.

Caracterização da População

Para o estudo foi considerado como caso, paciente internada nas enfermarias obstétricas da Maternidade Carmela Dutra, tendo como convênio o SUS, no puerpério imediato, e que dispusesse de qualquer tipo de telefone para contato (próprio, ou de vizinho ou de parente, convencional ou celular), dada a necessidade de se entrar em contato posterior com as pacientes para seguimento dos casos.

Caracterização do Método

Foi explicado às pacientes a natureza, objetivos da pesquisa, e a necessidade de se realizar contatos posteriores com as mesmas, inquirindo-se, em função disso, se possuíam um telefone para contato (próprio, de vizinhos ou de parentes). Após consentimento verbal das pacientes, as mesmas eram submetidas a um “Questionário Inicial” (Apêndice 1). Explicou-se que o seguimento seria realizado até o dia em que fosse abandonado completamente o aleitamento materno, ou no máximo, até o recém-nascido completar seis meses. Solicitou-se para que, na eventualidade de enfrentarem algum problema relacionado à amamentação, o mesmo fosse anotado, e em, especialmente, tendo algum problema nas mamas

durante aquele período, que procurassem o Banco de Leite da Maternidade Carmela Dutra como referência, ou então inquirissem o(s) profissional(ais) que lhes atendessem naquela ocasião sobre o que estaria se passando, a fim de poder repassar informações precisas nos contatos posteriores ao acontecido.

Posteriormente, entrou-se em contato com as pacientes selecionadas para o estudo, quinze, trinta, sessenta, noventa, cento e vinte, cento e cinquenta, e cento e oitenta dias, contados a partir do dia do parto e aplicou-se um “Questionário de Seguimento” (Apêndice 2), com questões pertinentes às condições de aleitamento e alguns possíveis fatores influenciadores do mesmo.

Quando as pacientes não eram encontradas no dia proposto para a realização do seguimento, assim que se conseguia estabelecer o contato, inquiria-se, obviamente, sobre informações pertinentes àquela data.

Quando se verificava que a paciente tinha interrompido completamente o aleitamento materno, interrompia-se aí os contatos com as mesmas. Quando não se conseguia, por qualquer motivo, entrar em contato com determinada paciente no período proposto, a mesma era considerada “caso perdido”, e era excluída do estudo.

Para cruzamento e análise dos dados, foi utilizado o software “Access for Windows”, versão 1997.

4. RESULTADOS

Tabela I: Distribuição das pacientes que deram a luz na Maternidade Carmela Dutra no período de 13/09/98 a 27/10/98, de acordo com o convênio.

CONVÊNIO	NÚMERO	%
SUS	390	81.08
OUTROS	91	18.92
TOTAL	481	100

Fonte: SAME - MCD

Tabela II: Distribuição das pacientes que foram atendidas na Maternidade Carmela Dutra, tendo o SUS como convênio, no período de 13/09/98 a 27/10/98, e participaram da amostra.

CONVÊNIO	NÚMERO	%
SUS	390	100
AMOSTRA	233	59.74

Tabela III: Distribuição das pacientes que foram atendidas na Maternidade Carmela Dutra, tendo o SUS como convênio, no período de 13/09/98 a 27/10/98, e participaram da amostra, de acordo com a faixa etária.

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO	%
13 – 20 ANOS	74	31.76
21-30 ANOS	118	50.64
31- 40 ANOS	38	16.31
41 – 43 ANOS	03	1.29

Tabela IV: Distribuição das pacientes que foram atendidas na Maternidade Carmela Dutra, tendo o SUS como convênio, no período de 13/09/98 a 27/10/98, e participaram da amostra, de acordo com a raça.

RAÇA	NÚMERO	%
BRANCA	206	88.41
NEGRA	27	11.59

Tabela V: Distribuição das pacientes que foram atendidas na Maternidade Carmela Dutra, tendo o SUS como convênio, no período de 13/09/98 a 27/10/98, e participaram da amostra, de acordo com o estado civil.

ESTADO CIVIL	NÚMERO	%
UNIÃO ESTÁVEL	112	48.06
CASADA	102	43.78
SOLTEIRA	17	7.30
SEPARADA	02	0.86

Tabela VI: Distribuição das pacientes que foram atendidas na Maternidade Carmela Dutra, tendo o SUS como convênio, no período de 13/09/98 a 27/10/98, e participaram da amostra, de acordo com o grau de instrução.

GRAU DE INSTRUÇÃO	NÚMERO	%
1º GRAU INCOMPLETO	102	43.78
1º GRAU COMPLETO	43	18.45
2º GRAU INCOMPLETO	37	15.88
2º GRAU COMPLETO	40	17.16
3º GRAU INCOMPLETO	6	2.58
3º GRAU COMPLETO	5	2.15

Tabela VII: Distribuição das pacientes que foram atendidas na Maternidade Carmela Dutra, tendo o SUS como convênio, no período de 13/09/98 a 7/10/98, e participaram da amostra, de acordo com a profissão/ocupação.

PROFISSÃO/OCUPAÇÃO	NÚMERO	%
DO LAR	133	57.08
FUNCIONÁRIA PRIVADA*	31	13.30
AUTÔNOMA	22	9.45
ESTUDANTE	20	8.58
FUNCIONÁRIA PÚBLICA	17	7.30
DOMÉSTICA	10	4.29

*Funcionária de Empresa Privada

Tabela VIII: Distribuição das pacientes que foram atendidas na Maternidade Carmela Dutra, tendo o SUS como convênio, no período de 13/09/98 a 27/10/98, e participaram da amostra, de acordo com o número total de gestações.

GESTAÇÕES	NÚMERO	%
I	95	40.77
II	57	24.46
III	35	15.02
IV	20	8.58
V	11	4.73
VI	6	2.58
VII	9	3.86

Tabela IX: Distribuição das pacientes que foram atendidas na Maternidade Carmela Dutra, tendo o SUS como convênio, no período de 13/09/98 a 27/10/98, e participaram da amostra, de acordo com o número consultas de pré-natal realizadas.

CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	NÚMERO	%
0	6	2.58
1 a 5	70	30.04
6 a 10	143	61.37
11 a 15	14	6.01

Tabela X: Distribuição das pacientes que foram atendidas na Maternidade Carmela Dutra, tendo o SUS como convênio, no período de 13/09/98 a 27/10/98, e participaram da amostra, de acordo com o tipo do parto atual.

TIPO DE PARTO	NÚMERO	%
NORMAL	162	69.53
CESÁREA	71	30.47
TOTAL	233	100

Tabela XI: Distribuição das pacientes que foram atendidas na Maternidade Carmela Dutra, tendo o SUS como convênio, no período de 13/09/98 a 27/10/98, e participaram da amostra, de acordo com o padrão de aleitamento, conforme a data de contato.

Contato (Dias)	Nº de pacientes	Pararam*	Continuaram*	AME*	AMP*	AMi*	AMi+1*
15	233	11	222	133	89	00	00
30	222	15	207	110	67	30	00
60	207	25	182	96	48	20	18
90	182	16	166	74	68	16	08
120	166	26	140	48	50	15	27
150	140	12	128	40	37	17	34
180	128	16	112	32	36	05	39

*Legenda:

Pararam: Pararam de amamentar no período

Continuaram: Continuaram amamentando

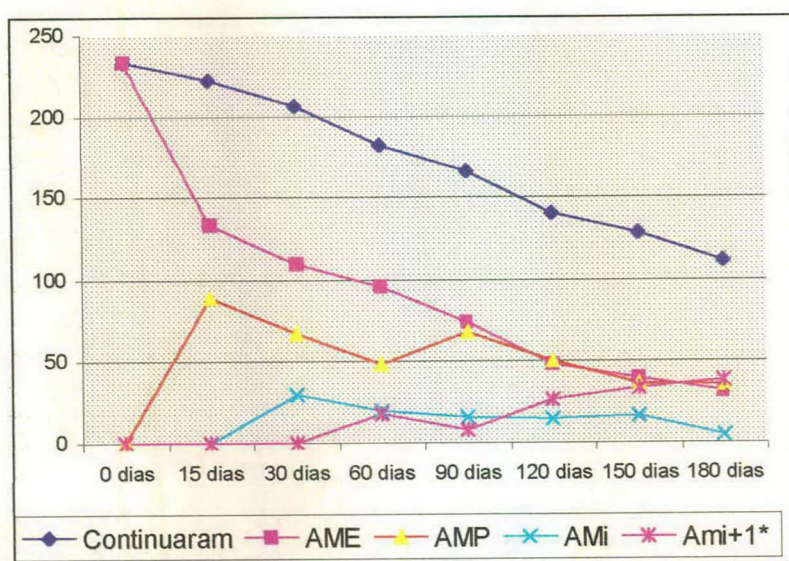
AME: Aleitamento Materno Exclusivo

AMP: Aleitamento Materno Predominante

AMi: Aleitamento Misto

AMi+1: Aleitamento Misto + outro tipo de alimento, podendo ser este fruta, sopa ou papa, mingau ou refeição pastosa, ou comidinha de sal.

Gráfico 1: Distribuição das pacientes que foram atendidas na Maternidade Carmela Dutra, tendo o SUS como convênio, no período de 13/09/98 a 27/10/98, e participaram da amostra, de acordo com o padrão de aleitamento, conforme a data de contato.



*Legenda:

Continuaram: Continuaram amamentando

AME: Aleitamento Materno Exclusivo

AMP: Aleitamento Materno Predominante

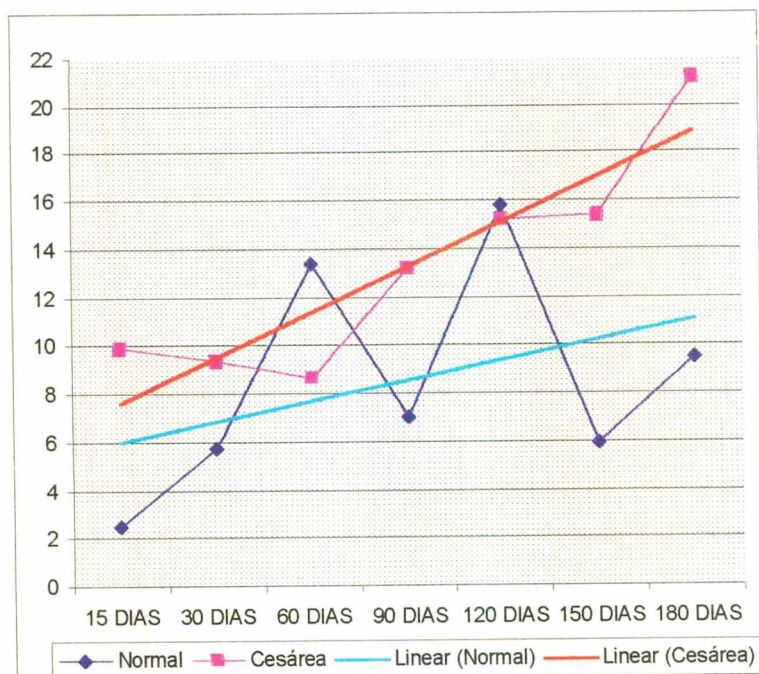
AMi: Aleitamento Misto

Ami+1: Aleitamento Misto + outro tipo de alimento, podendo ser este fruta, sopa ou papa, mingau ou refeição pastosa, ou comidinha de sal.

Tabela XII: Distribuição das pacientes que foram atendidas na Maternidade Carmela Dutra, tendo o SUS como convênio, no período de 13/09/98 a 27/10/98, participaram da amostra, de acordo com o tipo de parto e o período de ocorrência do desmame.

CONTATO	PARTO NORMAL		CESARIANA		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº
15 DIAS	04	2.47	07	9.86	11
30 DIAS	09	5.70	06	9.38	15
60 DIAS	20	13.42	05	8.62	25
90 DIAS	09	6.98	07	13.21	16
120 DIAS	19	15.83	07	15.22	26
150 DIAS	06	5.94	06	15.38	12
180 DIAS	09	9.47	07	21.21	16
TOTAL	76	46.91	45	63.38	121

Gráfico 2: Distribuição das pacientes que foram atendidas na Maternidade Carmela Dutra, tendo o SUS como convênio, no período de 13/09/98 a 27/10/98, e participaram da amostra, de acordo com o tipo de parto e o número percentual de desmames ocorridos, por contato.



*as linhas em vermelho e azul representam “curvas de tendência linear”.

Tabela XIII: Distribuição das pacientes que foram atendidas na Maternidade Carmela Dutra, tendo o SUS como convênio, no período de 13/09/98 a 27/10/98, e participaram da amostra, de acordo com a causa referida para o desmame.

CONTATO	1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*	TOTAL
15 DIAS	01	05	05	00	00	00	00	11
30 DIAS	01	07	05	02	00	00	00	15
60 DIAS	07	06	09	02	00	00	01	25
90 DIAS	02	02	09	02	01	00	00	16
120 DIAS	06	07	05	06	01	01	00	26
150 DIAS	00	05	01	02	01	03	00	12
180 DIAS	00	03	00	09	00	04	00	16
%	14,05	28,93	28,10	19,01	2,48	6,61	0,083	
Total	17	35	34	23	03	08	01	121

*Legenda:

1. Leite não sustentava
2. Leite secou
3. Intercorrências mamárias
4. Criança não quis mais
5. Mãe não quis mais
6. Voltou a trabalhar
7. Estético

Gráfico 3: Evolução da ocorrência total de intercorrências mamárias, e daquelas que foram referidas como causa de desmame precoce, por data de contato.

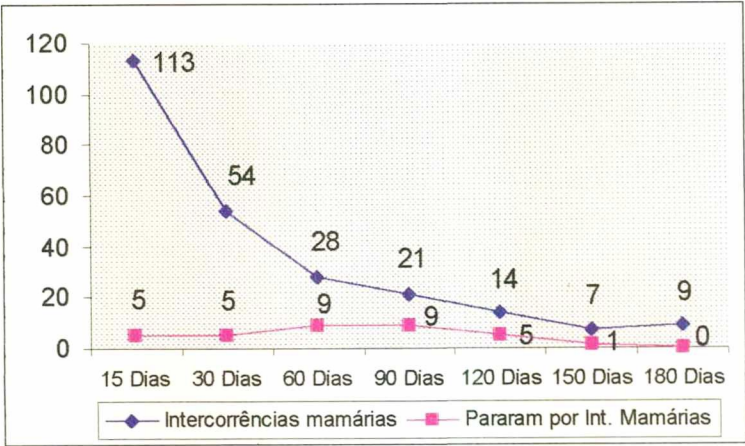


Gráfico 4: Distribuição da ocorrência de intercorrências mamárias, conforme o contato de 15 dias.

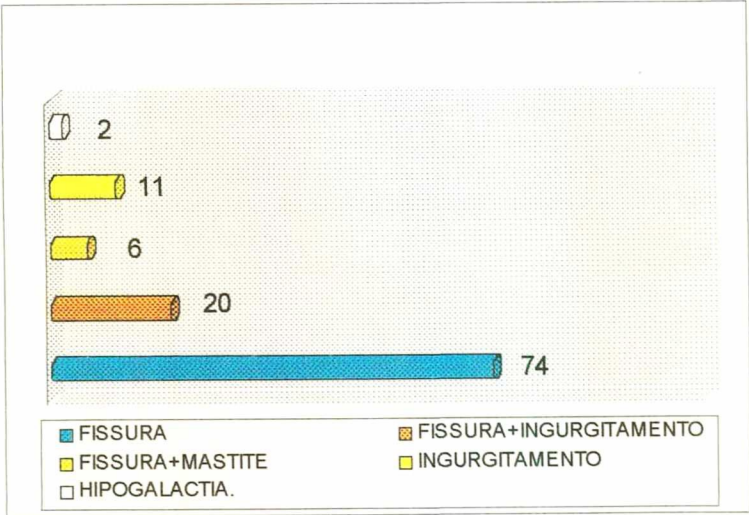


Gráfico 5: Distribuição da ocorrência de intercorrências mamárias, conforme o contato de 30 dias.

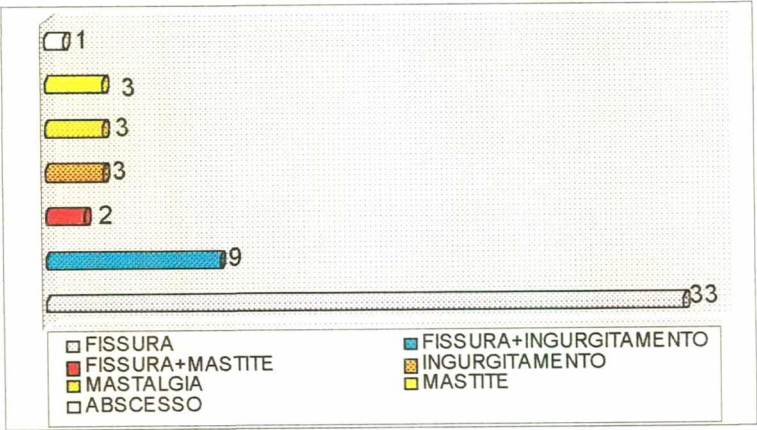


Gráfico 6: Distribuição da ocorrência de intercorrências mamárias, conforme o contato de 60 dias.



Gráfico 7: Distribuição da ocorrência de intercorrências mamárias, conforme o contato de 90 dias.

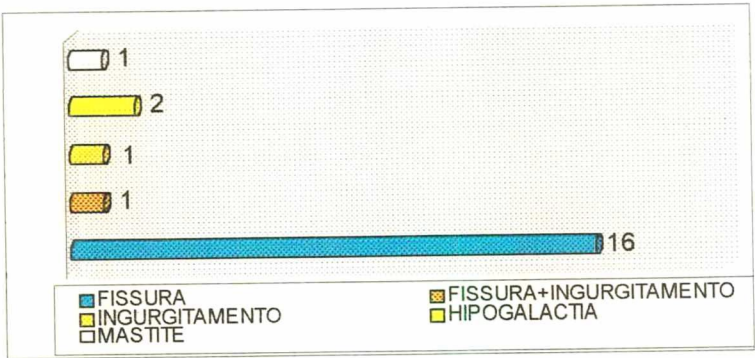


Gráfico 8: Distribuição da ocorrência de intercorrências mamárias, conforme o contato de 120 dias.

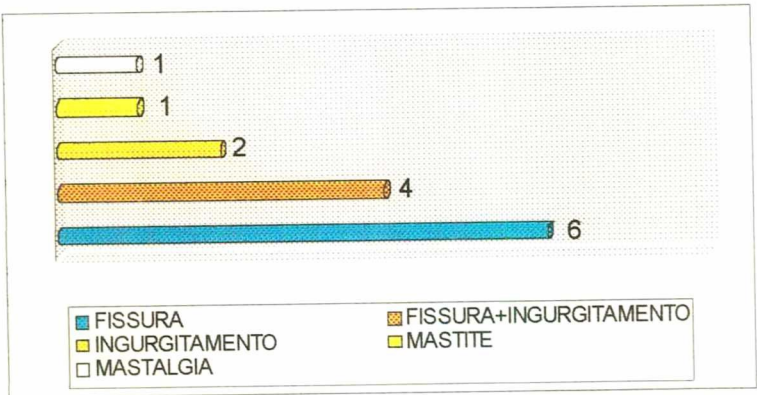


Gráfico 9: Distribuição da ocorrência de intercorrências mamárias, conforme o contato de 150 dias.

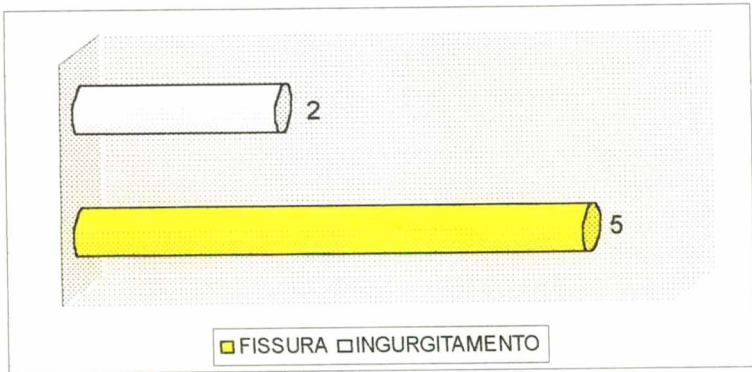
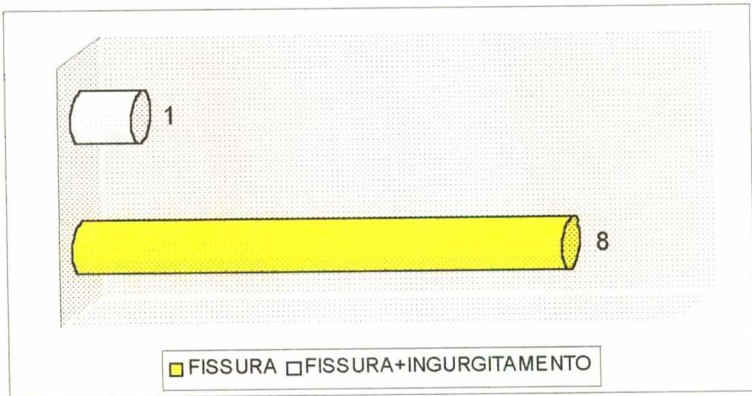


Gráfico10: Distribuição da ocorrência de intercorrências mamárias, conforme o contato de 180 dias.



5. DISCUSSÃO

No início da elaboração deste estudo, partiu-se da proposta de analisar alguns pontos do aleitamento materno em 250 pacientes da Maternidade Carmela Dutra, de Florianópolis. Pretendeu-se fazer um acompanhamento até ocorrer o desmame completo, ou, no máximo, até que o recém-nascido completasse 6 meses de vida.

Houve, então, a necessidade de se criar um critério de escolha da amostra, visto a necessidade potencial de se entrar em contato repetidas vezes com as pacientes do estudo. Concluiu-se, que o meio possível de se realizar tal contato seria por meio de telefone. Verificou-se que, possivelmente, se estaria incorrendo em um viés de seleção, criado pela possibilidade de aqueles que têm telefone, em se pensando ser o telefone algo disponível mais freqüentemente entre as famílias de maior poder aquisitivo, comportarem-se de um modo diferente daqueles que não o dispõem, em relação a algum fator que pudesse influenciar, direta ou indiretamente o desfecho do estudo. Para tentar amenizar tal situação, passou-se a considerar como caso a ser estudado, as pacientes que tivessem parto na Maternidade Carmela Dutra, tendo como convênio o Sistema Único de Saúde, e que dispusessem de telefone para contato, fosse este próprio ou de outrem, convencional ou celular.

Ao final do período de coleta de dados, percebeu-se que 48% das pacientes que se conseguiu acompanhar até o momento proposto, dispunham de telefone residencial (próprio ou alugado), e que 52% dispunham de telefone para contato (em casa de vizinhos, parentes, ou serviço). Acredita-se que se conseguiu, com isso, uma melhor homogeneização da amostra estudada.

Novamente, é importante ressaltar que se sabia da possibilidade de incursão em viés de seleção, mas pelo fato de ser um assunto de suma importância, de interesse geral, e, em função da proposta de se realizar o seguimento da amostra dentro de um método de coleta de dados exequível, deu-se prosseguimento à coleta de dados e confecção da pesquisa.

Tem-se ciência da limitação de não poder inferir os resultados obtidos como sendo uma realidade vivenciada por todo o universo de pacientes que são atendidas no momento do parto naquela Maternidade, mas isso não invalida que alguns achados sejam trazidos à tona e analisados, a fim de se trabalhar para o incentivo e aprimoramento do aleitamento materno.

No período de coleta dos dados do “Questionário Inicial”, deram a luz, na Maternidade Carmela Dutra, 481 pacientes, sendo que 390 (81.08%) foram atendidas via SUS (Tabela I).

Pretendeu-se, inicialmente, estudar 250 pacientes deste último grupo; durante o seguimento, houve um total de 17 perdas (telefone fornecido errado, ou perda de contato), restando 233 pacientes ao final do estudo. Estas, correspondem a 48.44% do total de pacientes que deram a luz naquele período na referida Maternidade e 59.74% daquelas que tinham o SUS como convênio (Tabela II).

Em relação à idade, a maior porcentagem concentrou-se nas pacientes entre 21 e 30 anos (50.64%), correspondendo a 118 pacientes, com mediana de 25 anos; seguidas em ordem decrescente pelas pacientes com idade entre 13 e 20 anos, 74 pacientes (31.76%); com idade entre 31 e 40 anos, 38 pacientes (16.31%) e com idade entre 41 e 43 anos, 3 pacientes (1.29%). (Tabela III).

Com relação à raça das pacientes, 206 delas são de raça branca (88.41%), e 27 são de raça negra (11.59%). (Tabela IV). A maior proporção de pacientes da raça branca deve-se às características da própria população brasileira, assim como

do sul do país, onde é observada, em função da grande descendência de imigrantes europeus, uma predominância ainda maior da raça branca. Em Santa Catarina, de acordo com dados do último censo demográfico realizado em 1991, a população de raça negra representa apenas 2.33% da população total.⁴⁵ Com relação ao estado civil, no momento do primeiro contato, 112 pacientes mantinham uma união estável (48.06%), 102 eram casadas (43.78%), 17 eram solteiras (7.30%), e 2 estavam separadas (0.86%). (Tabela V).

Em relação ao grau de instrução, a maior porcentagem concentrou-se nas pacientes que tinham 1º grau incompleto (43.78%), correspondendo a 102 pacientes; seguidas em ordem decrescente pelas pacientes com 1º grau completo, 43 pacientes (18.45%); com 2º grau completo, 40 pacientes (17.16%); com 2º grau incompleto, 37 pacientes (15.88%); com 3º grau incompleto, 6 pacientes (2.58%); e, com 3º grau completo, apenas 5 pacientes (2.15%). (Tabela VI).

De acordo com a profissão/ocupação referida no primeiro contato pelas pacientes, a maioria absoluta, 133 pacientes (57.08%), eram “do lar”; 31 eram funcionárias de empresas privadas (13.30%); 22 eram autônomas (9.45%); 20 eram estudantes (8.58%); 17 eram funcionárias públicas (7.30%); e, 10 eram domésticas (4.29%). (Tabela VII).

De acordo com a paridade, verifica-se que 95 pacientes eram primíparas (40.77%); 57 pacientes tinham uma gestação anterior (24.46%); 35 pacientes tinham duas gestações anteriores (15.02%); 46 pacientes tinham um maior número de gestações anteriores, perfazendo 19.75% da amostra. (Tabela VIII).

De acordo com o número de consultas de pré-natal realizadas pelas pacientes, as mesmas foram divididas em quatro categorias, sendo que fazem parte da primeira as 6 pacientes (2.58%) que não realizaram nenhuma consulta; na segunda, estão as 70 pacientes (30.04%) que realizaram entre 1 e 5 consultas; na

terceira e quarta categorias estão as 143 pacientes (61.37%) que realizaram entre 6 e 10 consultas, e as 14 pacientes (6.01%) que realizaram entre 11 e 15 consultas, respectivamente. (Tabela IX). Vale lembrar que o Ministério da Saúde preconiza um mínimo de 5 consultas de pré-natal durante a gestação.⁴⁶ Se isto for levado em consideração, verifica-se que 67.38% das pacientes participantes da amostra realizaram um pré-natal dentro do preconizado. O percentual de 6.01% de pacientes que realizaram entre 11 e 15 consultas, algo aparentemente incomum em nosso meio, talvez possa ser explicado pelo fato de ser a Maternidade Carmela Dutra um centro de referência para os pré-natais de alto risco, e que talvez, as pacientes que aí realizam suas consultas de pré-natal tenham uma preferência pessoal por ter seus partos assistidos pela equipe médica que lhes acompanharam no pré-natal.

Em relação ao tipo de parto, 162 pacientes tiveram parto normal (69.53%); e, 71 pacientes (30.47%) foram submetidas a cesariana. (Tabela X). Literatura pertinente mostra uma tendência maior de desmame precoce em mulheres submetidas à cesariana.⁽⁴⁷⁾ Na tabela XII e no gráfico 2 pode-se visualizar o comportamento do desmame precoce, em valores percentuais, correlacionados ao tipo de parto. Pelas linhas lineares de tendência, pode-se observar que aquelas crianças nascidas por cesariana tiveram uma tendência maior ao desmame, quando comparadas àquelas que nasceram através de parto normal.

Relativamente às causas referidas para o desmame precoce, verifica-se na literatura médica que “a dor ao amamentar é uma das principais causas responsáveis pelo insucesso do aleitamento materno.”⁽⁴⁸⁾ Confirmando isto, verifica-se em trabalho realizado por Evans⁽⁴⁹⁾, que a principal causa de desmame foi “intercorrências mamárias”, seguida pela percepção materna de leite insuficiente. Trabalho realizado por Fadul⁽⁵⁰⁾, verificou que a principal causa de desmame precoce foi “leite secou”. Nossos resultados, mostram, como pode ser visualizado

na tabela XIII, que a causa mais referida para o abandono do aleitamento, foi “leite secou” com 28,93%. A segunda causa mais referida, foi a ocorrência de algum tipo de intercorrência mamária, que tornou o aleitamento tarefa muito penosa de ser continuada, levando as mulheres à decisão de interrompê-lo por completo, ainda que muitas delas estivessem cientes dos benefícios que estariam perdendo com esta decisão. Parece não haver uma diferença significativa entre esta causa referida e a primeira, visto que as intercorrências mamárias foram referidas em 28.10% das vezes como causa de desmame precoce. Como terceira causa mais referida para o abandono do aleitamento está “a criança não quis mais”. Em seguida, aparece “leite não sustentava” como 4ª causa; “volta ao trabalho” como 5ª causa; “mãe não quis mais” como 6ª causa; e, finalmente, como 7ª causa, o motivo referido por uma única paciente, de 17 anos, de ter medo de que ocorresse a ptose de suas mamas.

Sabe-se que nem sempre a causa referida pela paciente é a única causadora do desmame, acreditando-se que o processo seja multifatorial, envolvendo, por exemplo, a vontade materna em manter o aleitamento, o incentivo familiar para a amamentação, a necessidade de retorno ao trabalho, dentre outros.

No tocante ao comportamento das nutrizes, em relação à manutenção do aleitamento materno, a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, realizada pelo INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição) e pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), demonstrou que 97% das mães dão início à amamentação, mas 43% delas a interrompe antes que a criança complete 3 meses. A duração mediana do aleitamento, definida como sendo a idade em que a metade das crianças está sendo amamentada, foi de 134 dias para o aleitamento geral e de 72 para o aleitamento exclusivo.³

Trabalho posterior, realizado em Florianópolis, no ano de 1997, por Santos⁽⁵¹⁾ demonstrou que 60% das crianças encontravam-se em Aleitamento Materno

Exclusivo (AME) ao final da 1ª quinzena de vida; ao completar 3 meses esse valor baixava para 40%; aos 4 meses, baixava para 30%; e, com 6 meses, a porcentagem de crianças mantidas em AME era pouco maior que 10%.

Em nosso trabalho, observou-se que 100% das mulheres participantes da amostra deram início ao aleitamento materno; com 15 dias, 59.91% das crianças que estavam sendo amamentadas, estavam sob regime de AME; com 3 meses, este valor baixou para 44.58%; com 4 meses, baixou para 34.29%; e, com 6 meses completos, 28.57% das crianças amamentadas, continuavam recebendo apenas o leite materno. A duração mediana do aleitamento materno foi de 152 dias, e para o aleitamento exclusivo foi de, apenas, 28 dias. Os valores encontrados relativos aos percentuais de aleitamento quando comparados com o trabalho de Santos⁵¹ assemelham-se, mas verificando-se sempre um valor maior em nosso trabalho, especialmente para o valor verificado aos 6 meses. Isto talvez se deva ao fato de ter sido aquela pesquisa realizado em dia nacional de vacinações e tendo como participantes uma população heterogênea, quando analisada o local de nascimento das crianças. Em nosso estudo, todas as crianças nasceram na Maternidade Carmela Dutra, local onde o apoio, proteção e promoção do aleitamento materno são amplamente desenvolvidos, realidade esta, provavelmente, não vivenciada por boa parte dos participantes daquele trabalho. Isto, talvez, também possa ajudar a justificar o valor pouco maior, em 18 dias, da duração mediana do aleitamento, quando considerado o aleitamento materno geral, visto que aquela pesquisa considerava crianças nascidas nas mais diversas maternidades do país. Por outro lado, quando se leva em consideração a duração mediana do aleitamento materno exclusivo, verifica-se que nosso valor é 44 dias menor do que o encontrado naquele trabalho. Este é um valor preocupante, que talvez possa ser explicado pelo fato de estarmos no “Sul Maravilha”, onde, em geral, a população, ainda que de baixa

renda, tem condições um pouco melhores para a aquisição de leites e outros alimentos; outro ponto a ser lembrado é o de que, em muitos dos contatos realizados no decorrer do período de coleta de dados, verificou-se que as crenças das pessoas mais velhas da família, em relação à necessidade de se dar qualquer outra coisa para a criança que não somente o leite materno, prevaleceram em detrimento de todos os tipos de informação e incentivo relativos ao aleitamento materno realizados quando da internação da paciente na Maternidade Carmela Dutra.

Na tabela XI, e a seguir, no Gráfico 1, pode-se visualizar a evolução temporal dos padrões de aleitamento materno. As definições utilizadas no que se refere às modalidades de amamentação, encontram respaldo na proposta de padronização da OMS/UNICEF sobre as categorias e indicadores da prática de amamentação (WHO, 1992; OPS/OMS, 1991).(Apêndice 3).

Relativamente à ocorrência de intercorrências mamárias (Gráficos 4-10), sabe-se que a hipogalactia que não se manifesta desde o início da amamentação e sim no decorrer do aleitamento, é a chamada hipogalactia secundária.⁽⁵²⁾ Não se encontrou na literatura trabalhos acerca de sua incidência. Neste trabalho, verificou-se as primeiras ocorrências de hipogalactia, já no contato de 30 dias, persistindo sua ocorrência até o seguimento de 90 dias, com duas pacientes (sempre distintas entre si), por contato. No entanto, observa-se que no mesmo período, no qual foram referidos 6 casos de hipogalactia, 15 nutrízes referiram ter interrompido a amamentação em função do leite “ter secado”. Quando se questionou estas mesmas mulheres, as mesmas referiram que vinham tendo uma diminuição gradual do leite, podendo-se, portanto, estar diante de uma situação de sub-quantificação da hipogalactia. Sabendo-se que boa parte dos casos de hipogalactia ocorre em função de uma técnica inadequada de amamentação⁵², ou defeito de sucção, estas poderiam

ser prevenidas, não se deixando que o aleitamento seja abandonado por razões facilmente contornáveis.

Com relação ao ingurgitamento mamário, este é caracterizado pelo “aumento de volume das mamas, que se apresentam túrgidas, distendidas, ...”⁵². Pode ser tão doloroso a ponto de impedir a amamentação^{52,53}. Aqui também não se encontrou na literatura, a frequência de sua ocorrência. Neste trabalho, verificou-se a presença de ingurgitamento mamário, desde o contato de 30 dias até o contato realizado com 180 dias, quer aparecendo de forma isolada, quer associado a outras intercorrências mamárias. Como no ingurgitamento mamário, “o mamilo fica mais saliente e difícil de ser abocanhado pela criança”⁵⁴, incorre-se o perigo de entrar no círculo vicioso de uma intercorrência mamária levar a uma amamentação de má qualidade, e esta ajudar na persistência daquela.

As fissuras mamilares são feridas superficiais ou profundas que se instalam nos mamilos.⁵² Segundo a literatura, ocorre, em geral no 2º ou 3º dia de amamentação⁵⁴, mas pode perdurar ou recorrer por todo o período da amamentação. Neste trabalho, as fissuras representaram, do 1º ao último contato, o maior percentual dentre os problemas relacionados às mamas.

Mastite é o processo infeccioso que acomete as mamas, geralmente causada pelo *Staphylococcus aureus*.⁵⁴ Geralmente incide com maior frequência pela 2ª ou 3ª semana pós-parto.⁵² Ocorre em 1 a 5 % das puérperas⁵⁵. Neste trabalho, verificou-se sua presença com 8 casos, todos associados a fissuras, no contato de 30 dias, e 2 casos (um no contato de 90 e outro no de 120 dias), não associados a fissura mamilar. Isto perfaz um total de 4.29% das pacientes do estudo acometidas por mastite, não ultrapassando, pois, os níveis relatados pela literatura especializada.

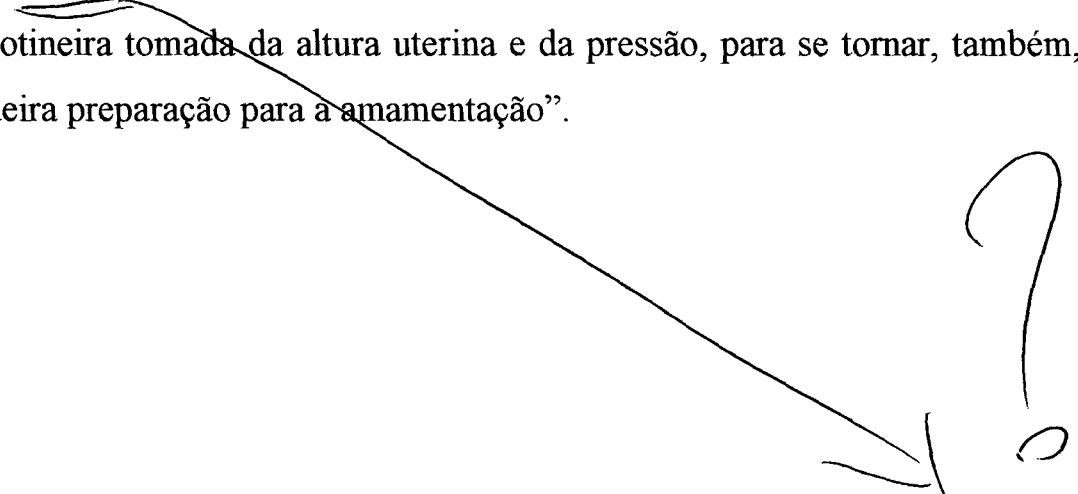
Travou-se ciência da ocorrência de um caso de abscesso mamário no contato de 30 dias, o qual foi causa referida para o desmame precoce.

Como já relatado, a dor ao amamentar é uma das principais causas que levam ao insucesso do aleitamento materno. A mastalgia, sem a concomitância de outros problemas mamários, foi relatado por 3 nutrízes no contato de 30 dias, e uma nutriz, no contato de 120 dias, não tendo sido, no entanto causa de desmame.


No gráfico 3, pode-se observar a evolução da ocorrência de intercorrências mamárias e o número de mulheres que interromperam a amamentação em função de sua ocorrência.

Como já colocado anteriormente, a decisão pela manutenção ou parada do aleitamento materno não se restringe apenas a este ou aquele aspecto. O binômio mãe-filho deve ser considerado dentro de um todo no qual está inserido, e o incentivo ao aleitamento materno deve sempre levar isto em consideração. A prática da amamentação deve ser algo prazeroso e gratificante para a mulher. Por isso, a mesma deve ser estimulada ao questionamento de suas dúvidas e angústias referentes ao assunto, a fim de que se sinta segura no seu dia-a-dia, com a nova e maravilhosa “criaturinha” que passa a fazer parte da vida de sua família, não no momento do parto, mas desde a sua concepção.

O estímulo à amamentação e a preparação física e emocional da mulher para sua prática e, a conscientização da possibilidade de enfrentamento de complicações referentes ao aleitamento, deve ser iniciado não somente na maternidade. Deve-se aproveitar o “longo-curto” período da gestação, assim como ensina Rueda⁵⁶ fazendo com que as consultas de pré-natal deixem de ser “apenas a rotineira tomada da altura uterina e da pressão, para se tornar, também, uma verdadeira preparação para a amamentação”.



Acredito que, no momento de grande expectativa e ansiedade que é o período da amamentação, a mulher deverá estar ciente de que não o está fazendo apenas para saciar a fome da criança, e sim, estar ciente e engajada em tudo o que esta prática envolve; deste modo, se acontecer de atravessar dificuldades referentes à amamentação, especialmente os problemas de mamas, tão comuns neste período, não sinta a necessidade de manter a amamentação apenas como algo que lhe foi imposto, e saiba que a recorrência da dor que atravessa pode ser evitada ou contornada através de ajuda e respeito por parte dos profissionais de saúde, dos próprios familiares, e de todos que a cercam.



6. CONCLUSÕES

Ao se avaliar o aleitamento materno em um grupo de nutrizes da Maternidade Carmela Dutra, conclui-se que:

1. A duração mediana do aleitamento materno geral foi de 152 dias, e a do aleitamento materno exclusivo foi de 28 dias;
2. As três principais causas de desmame precoce referidas pela clientela foram:
 - “leite secou”;
 - intercorrências mamárias;
 - “criança não quis mais”;
3. O número total de casos de intercorrências mamárias foi de 246;
4. Dentre as causas referidas para o desmame precoce, as intercorrências mamárias representaram 28,10%.

7. REFERÊNCIAS

1. Tavares, MS. O aleitamento ao longo da história. In: Centro de Referências em Aleitamento Materno. Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: URL: [http:// www.uel.br/Web/home/uel/ccs/web/hu/cram/historia.htm](http://www.uel.br/Web/home/uel/ccs/web/hu/cram/historia.htm)
2. Tavares, MS. O desmame precoce e suas conseqüências históricas. In: Centro de Referências em Aleitamento Materno. Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: URL: [http:// www.uel.br/Web/home/uel/ccs/web/hu/cram/historia.htm](http://www.uel.br/Web/home/uel/ccs/web/hu/cram/historia.htm)
3. Leão MM, Coitinho DC, Recine E, Costa LAL, Lacerda AJ. O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: Perfil Estatístico das crianças e mães no Brasil. IBGE, INAN, editores. 1991.
4. Taren CJ. A positive association between extended breast-feeding and nutritional status in rural Hubei Province, People's Republic of China. *Am J Clin Nutr* 1993; 58: 862-7.
5. Pollack JI. Associações de longa duração com a alimentação infantil em uma população de bebês clinicamente comprometidos. *Dev Med Child Neurol* 1994; 36: 429-40.
6. Wilson AE, Foryth JS, Greene AS, Irvine L, Hau C, Howie PW. Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. *Brit Med J* 1998 Jan 3; 316(7124) 21-5.
7. Souza SB, Szarfare SC, Souza JM. Anemia no primeiro ano de vida em relação ao aleitamento materno. *Rev. Saúde Pùb* 1997 Feb; 31(1):15-20.

8. Cousens S. Prolonged breastfeeding: no association with increase risk of clinical malnutrition in young children in Burkina Faso. *Bul WHO* 1993; 71(6): 713-722.
9. Ford RPK. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome, *Int J Epid* 1993; 22(5): 885-90.
10. Howie PW. Protective effect of breast-feeding against infection. *Br Med J* 1990; 300 (6716): 11-16.
11. Pereira GR. Serum myoinositol concentrations in premature infants fed human milk, formula for infants, and parenteral nutrition. *Am J Clin Nutr* 51 1990; 589-93.
12. Duffy LC. Modulation of rotavirus enteritis during breastfeeding. *Am J Dis Child* 1986; 140: 1164-68.
13. Milosavljevic N, Virijevic V. Methods of feeding and illness in infants in the first six months of life. *Spr Arh Celok Lek* 1997 Nov-Dec; 125(11-12): 325-8.
14. Lucas A, Cole TJ. Breastmilk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet* 1990; 336 (8730): 1519-23.
15. Greco L. Case-control study on nutritional risk factors in celiac disease. *J Pediatr Gastr Nutr* 1988; 7: 395-99.
16. Kazal LA. Breast-feeding and other aspects of infant nutrition. *Am Fam Phys* 1997 Feb 15; 55(3): 785-6.
17. Rider E. Physical growth, infant nutrition, breast feeding, and general nutrition. *Curr Opin Pediatr* 1996 Jun; (93): 293-7.
18. Tracer, DP. Lactation, nutrition, and postpartum amenorrhea in Papua New Guinea. *Hum Biol* 1996 Apr; 68(2): 277-92.
19. Frongillo EA, Garza C. Infant growth differs by feeding mode. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997 mar; 151(3): 322-3.

20. Birch E. Breast-feeding and optimal visual development, *J Ped Ophthalm Strab* 1993; 30: 33-8.
21. Johnson DL. Breast feeding and children's intelligence. *Psychol Rep* 1996 Dec; 79 (3 Pt 2): 1179-85.
22. Molbak K. Prolonged breastfeeding, diarrhoeal disease, and survival of children in Guinea-Bissau. *Brit Med J* 1994; 308: 1403-06.
23. Virtanen SM. Early introduction of dairy products associated with increased risk of IDDM in Finnish Children, *Diab* 1993; 42: 1786-90.
24. Pisacane A. Breastfeeding and multiple sclerosis. *Brit Med J* 1994; 308: 1411-12.
25. Victora CG. Risk factors for pneumonia among children in a Brazilian metropolitan area. *Pediatrics* 1994; 93(6): 977-85.
26. Saarinen UM. Prolonged Breastfeeding as prophylaxis for current otitis media. *Acta Paed Scand* 1982; 71: 567-71.
27. Wright AL. Breastfeeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. *Br Med J* 1989; 299 (6705): 946-49.
28. Ho M. Diarrheal deaths in American children: are they preventable? *J Am Med Assoc* 1988; 260: 3281-85.
29. Pullan CR. Breastfeeding and respiratory syncytial virus infection. *Br Med J* 1980; 281 (6247): 1034-36.
30. Kolezko S. Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood. *Br Med J* 1989; 298 (6688): 1617-18.
31. Hahn ZM. Antibody responses to parenteral and oral vaccines are impaired by conventional and low protein formulas as compared to breastfeeding. *Acta Paed Scand* 1990; 79: 1137-42.

32. Worwell PJ. Bottlefeeding early gastroenteritis, and inflammatory bowel disease. *Br Med J* 1979; 1(6160): 382.
33. Mayer EJ. Reduced risk of IDDM among breastfeed children. *Diabetes* 1988; 37: 1625-32.
34. Gimeco SG, Souza JM. IDDM and milk consumption. A case control study in São Paulo, Brasil. *Diab Care* 1997 Aug; 20(8): 1256-60.
35. Lopez AM. Breast feeding lowers the frequency and duration of acute respiratory infection and diarrhea infants under six months of age. *J Nutr* 1997 Mar; 127(3): 436-43.
36. Montgomery DL, Splett PL. Economic benefit of breast-feeding infants enrolled in WIC. *J Am Diet Assoc* 1997 Apr; 97(4): 379-85.
37. Bhatnager S. Cost of infant feeding in exclusive and partially breastfed infants. *Indian Pediatr* 1996 Aug; 33(8): 655-8.
- ✕38. Rigo J, Salle BL, Senterre J. Nutricional evaluation of various protein hydrolysate formulae in term infants during the first month of life. *Acta Paed Suppl* 1994; 402: 100-104.
- ✕39. Bohler E. Breast feeding as family planning in a global perspective. *Tidss_Kr Nor Laegeforen* 1997 Feb 20; 117(5): 701-4.
40. Visness CM. Fertility of fully breast feeding in the early postpartum period. *Obstet Gynecol* 1997 Feb; 89(2): 164-7.
41. Serrano VA. Utilization of contraceptive methods during the lactation period. *Aten Primaria* 1996 Oct 31; 18(7): 368-72.
- ✕42. Cooney K. An assessment of nine-month lactational amenorrhea method (MAMA-9) in Rwanda. *Stu Fam Plann* 1996 May-Jun; 27(3): 102-71.

43. Taylor PM, Maloni JA, Taylor FH, Campbell SB. Extra early mother-infant contact and duration of breast-feeding. *Acta Paediatr Scand Suppl* 1985; 316:15-22.
44. Taylor PM, Malony JA, Brown DR. Early suckling and prolonged breast-feeding. *Am J Dis Child* 1986 Feb; 140(2):151-4.
45. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 1991. Características gerais da população e instrução: Santa Catarina. N.23.
46. Rouquariol MZ, Correia LL, Barbosa MMM, Xavier LGM, Oliveira JW, Fonseca W. Fatores de risco de natimortalidade em Fortaleza: um estudo de caso controle. *J Ped* 1996; 374-8.
47. Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Incidência e duração do aleitamento materno por tipo de parto: um estudo longitudinal no sudoeste do Brasil. *Rev Saúde Pub* 1998 Jun; 32(3):225-31.
48. Tavares, MS. Afecções da mama e lactação. In: Centro de Referências em Aleitamento Materno. Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: URL: [http:// www.uel.br/Web/home/uel/ccs/web/hu/cram/historia.htm](http://www.uel.br/Web/home/uel/ccs/web/hu/cram/historia.htm)
49. Evans K, Evans R, Simmer K. Effect of method of breast feeding on breast engorgement, mastitis and infantile colic. *Acta Paediatr* 1995; 84:849-52.
50. Fadul FD, Xavier, LF. Fatores que contribuem para o desmame precoce. *Rev Bras Enf* 1983; 36:213-20.
51. Santos EKA, Venâncio S, Monteiro CA. Diagnóstico rápido de práticas de alimentação infantil em campanhas de vacinação: a experiência de Florianópolis. In: Livro de Resumos, IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Rio de Janeiro: 1997. N.0536. p310.

52. Rezende J. Patologia da Lactação. In: Obstetrícia Fundamental. Rezende J, Montenegro CAB, editores. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996. 534-5.
53. Hentschel, H. Puerpério e Lactação. In: Rotinas em Obstetrícia. Freitas F, Costa SM, Ramos JGL, Passos EP, editores. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. 43-56.
54. Crippa CG, Dellagiustina AR, Traebert EE, Wilkens RS. Distúrbios da Amamentação. In: Manual de Terapêutica: Ginecologia e Obstetrícia. ACM, editora. 1ª ed. Florianópolis:ACM; 1997. 164-66.
55. Piatto S. Mastite Puerperal. In: Mastologia. Piatto S, editor. 1ª ed. São Paulo: Roca; 1995.105-9.
56. Rueda EP. Os aspectos práticos do aleitamento ao seio. In: Anais Nestlé. São Paulo; 1979.80-89.

8. RESUMO

AMAMENTAÇÃO MATERNA: UM ESTUDO COM NUTRIZES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE DE FLORIANÓPOLIS

Atualmente, o aleitamento materno tem seu valor reconhecido pela comunidade médica, e por boa parte da população. O incentivo a sua prática tem sido a bandeira de algumas instituições. Sabe-se, no entanto, que os esforços para sua promoção, apoio e proteção podem sofrer grande revés, se coisas simples de serem evitadas ou contornadas, como são as intercorrências mamárias, não o forem. Em função disso, realizou-se trabalho prospectivo, descritivo e longitudinal com 233 pacientes de um “Hospital Amigo da Criança”, de Florianópolis, para analisar alguns pontos relacionados ao aleitamento e desmame precoce.

Concluiu-se que: a duração mediana do aleitamento materno foi de 152 dias para o geral, e de 28 dias para o exclusivo; as 3 principais causas referidas pelas mulheres para o desmame precoce foram: “leite secou”, intercorrências mamárias, e, “criança não quis mais”; o número total de casos de intercorrências mamárias foi de 246; e, 14,59% do total nutrizes referiram as intercorrências mamárias como causa de desmame precoce.

Verifica-se a necessidade de se promover a prevenção da ocorrência de intercorrências mamárias no período puerperal, desde o início da gestação, visto que representam causa significativa envolvida no desmame precoce, e para que se possa proporcionar a manutenção de um aleitamento de qualidade para o binômio mãe-filho.

SUMMARY

MATERNAL BREAST-FEEDING: A STUDY WITH ASSISTED WOMEN IN A MATERNITY HOSPITAL IN FLORIANOPOLIS

Nowadays maternal breast-feeding has its value noticed by the medical community and by part of the population. The incentive to its practice has been the lemma of some institutions. Its known that the efforts towards its promotion, support and protection may suffer great damages if simple and avoidable things, such as mammary complications are not taken care. Therefore, a descriptive, longitudinal and prospective study was carried out with 233 patients in a “Child Friend Hospital” in Florianopolis to analyse some aspects related to breast-feeding and its precocious interruption.

It was concluded that: the maternal breast-feeding duration average was of 152 days in general and 28 days to the exclusive. The three main causes referred to by women about the breast-feeding interruption were “dried breasts”, mammary complications and “child no longer wanted it”. The total amount of mammary complications was 246. 14,59% of all women referred the complications as causing the precocious interruption in breast-feeding.

It was verified the need of promoting the prevention of such complications during the puerperal period, since the beggining of gestation because they are a significant cause related to the early weaning and also to improve the quality maintenance of it for both mother and child.

APÊNDICE 1

SEGUIMENTO DE ALEITAMENTO EM PUÉRPERAS DA MCD

QUESTIONÁRIO INICIAL

CONTROLE:

CONTATO DO ____ DIA

Mãe

1-Nome:

2-Idade:

3-Telefone:

4-Endereço:

5-Cor:

☐Branca

☐Preta

☐Parda

6-Estado Civil:

☐Solteira

☐Casada

☐“Amigada”

☐Separada

☐Desquitada

☐Divorciada

☐Viúva

7-Profissão/Ocupação:

8-Naturalidade:

9- Número de filhos vivos:

10-Idade do filho mais novo:

Pai do RN

11-Idade:

12-Profissão/Ocupação:

13-Grau de instrução:

Mãe

Pai

☐ Analfabeta(o) ☐

☐ Alfabetizada(o) ☐

☐ Primeiro Grau Incompleto ☐

☐ Primeiro Grau Completo ☐

☐ Segundo Grau Incompleto ☐

☐ Técnico Incompleto ☐

☐ Técnico Completo ☐

☐ Universitário Incompleto ☐

☐ Universitário Completo ☐

14-G= /P= /C= /Ab=

15- Número de filhos vivos:

16- Idade do filho mais novo:

17-Amamentou seus outros filhos?

☐Sim

☐Não

17.1- Por quanto tempo?

Nesta Gravidez

18-Realizou Pré-natal?

☐Sim

☐Não

19-Quando iniciou (em que mês de gestação)?

20-Quantos consultas?

21-Onde?

22-Intercorrências na gestação:

23-Tipo de parto:

☐Normal ☐Cesárea

24-Intercorrências no parto:

25-IG(DUM):

26-IG(USG):

27-IG(Capurro):

28-Apgar(1'):

29-Apgar(5')

30-Peso ao nascimento:

31-Intercorrências com o RN:

32-Alta da mãe:

33-Alta do RN:

34-Recebeu orientação sobre amamentação no Pré-natal?

☐Sim ☐Não

35-Recebeu orientação sobre amamentação na maternidade?

☐Sim ☐Não

36-Explicaram a você os benefícios da amamentação?(na maternidade)

☐Sim ☐Não

37-Mostraram a você como dar de mamar?

☐Sim ☐Não

38-Quanto tempo após o parto você iniciou a amamentação?

☐Imediatamente(ainda na sala de partos)

☐Uma hora ☐24 horas

☐Quatro horas ☐Mais de 24 horas

☐Não iniciou a amamentação Por quê?

39-Pai apóia a amamentação?

☐Sim ☐Não

Exame de mamas

40-Tamanho:

☐Pequenas ☐Médias ☐Grandes

41-Mamilos:

☐Invertidos ☐Planos ☐Umbilicados

42-Presença de intercorrência mamária

☐sp ☐Ingurgitamento mamário

☐Mastite ☐Fissura mamilar

☐Abscesso mamário

43-Já realizou algum tipo de cirurgias nas mamas?

☐Sim ☐Não

- Se Sim, qual? Em que mama?

APÊNDICE 2

SEGUIMENTO DE ALEITAMENTO MATERNO EM PUÉRPERAS DA MCD QUESTIONÁRIO DE SEGUIMENTO

CONTROLE:
CONTATO DO ____ DIA
Telefone:

Data:

Nome:

Idade:

Nome do RN:

Nome do Esposo/Companheiro:

1- Está amamentando ?

☐ Sim ☐ Não

1.1- Se Sim, de quanto em quanto tempo dá de mamar ?

1.2- Se Não, **porquê ?**

2- Está dando algum outro alimento para o bebê ?

☐ Sim ☐ Não

2.1- Se Sim, por quê?

2.2- Se Sim, de que tipo?

☐ Sólido ☐ Líquido

3- Usando bico/chupeta?

☐ Sim ☐ Não

4- Pai apóia a amamentação ?

☐ Sim ☐ Não ☐ Indiferente

5- Teve algum problema com as mamas ?

☐ Sim ☐ Não

5.1- Se Sim, qual?

☐ Fissura mamilar

☐ Ingurgitamento mamário

☐ Mastite

☐ Abscesso mamário

☐ Hipogalactia

☐ Outro. Qual?

5.2- Se Sim, continuou amamentando neste período?

☐ Sim ☐ Não

6- Qual método anticoncepcional está usando?

☐ Nenhum ☐ Coito interrompido

☐ Amamentação diuturna ☐ Tabela

☐ Pílula. Qual? ☐ DIU

☐ Diafragma ☐ Camisinha

☐ Laqueadura tubária

7- Neste período, fez/está fazendo uso de algum tipo de medicamento?

☐ Sim ☐ Não

7.1- Se Sim, qual? Por quê? Quem prescreveu?

APÊNDICE 3

Definições de modalidades e indicadores de práticas de alimentação infantil que foram utilizadas nesse trabalho.

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME): crianças que recebem somente leite materno, sem água, chá ou outros líquidos;
- Aleitamento Materno Predominante (AMP): crianças que recebem leite materno mais água e/ou bebidas à base de água (chás, sucos);
- Aleitamento Materno Completo (AMC): crianças em amamentação materna exclusiva mais crianças em aleitamento materno predominante;
- Aleitamento Misto (AMi): crianças que recebem leite materno mais leite artificial;
- Aleitamento Artificial: crianças que só recebem leite artificial;
- Sopa ou papa: refeição de sal líquida ou pastosa oferecida à criança;
- Mingau: refeição pastosa à base de farinha ou engrossante com água ou leite;
- Comidinha de Sal: refeição de sal sólida/semi-sólida com pedaços inteiros de alimentos.